

ORIGINALES

Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes

Juan Alday / Virginia Alonso / Belén Fernández-Calatrava / Raquel García-Baró / Carlos González-Juárez / Esther Pérez-Pérez / Alfonso Poza

Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. Madrid. España.

(Variability in outpatient resource use in mental health services for children and adolescents)

Resumen

Objetivos: Conocer la variabilidad en las respuestas asistenciales que se ofrecen en la atención psiquiátrica ambulatoria a los menores de 18 años, medidas por el número de consultas y el tiempo de duración de los tratamientos.

Método: Estudio observacional, analítico, prospectivo con datos históricos y longitudinal de seguimiento de 298 sujetos que consultan por primera vez en las unidades de atención ambulatoria de Leganés y Fuenlabrada (Madrid).

Resultados: La mediana del número de consultas por paciente en Leganés fue de 6, mientras que en Fuenlabrada fue de 3 ($p < 0,001$). La mediana de la duración del tratamiento fue más del doble en Leganés (276 días) que Fuenlabrada (119 días) ($p < 0,001$). El análisis estratificado muestra que los tratamientos del distrito de Fuenlabrada suponen un menor número de consultas, ya sea el profesional responsable psiquiatra o psicólogo, se lleve a cabo psicoterapia individual, de otro tipo, o no se indique tratamiento de modo explícito, se realice alta concertada o ésta se produzca por abandono. Similares resultados se aprecian para la duración del tratamiento.

Conclusiones: Las diferencias encontradas de estilos de práctica clínica ilustran las dificultades para desarrollar un sistema de ajustes de riesgos útil en salud mental, puesto que las diferencias en uso de recursos no son fácilmente atribuibles a variables relacionadas con el paciente, sino al tipo de intervención prestada, que depende de la discrecionalidad del facultativo.

Palabras clave: Centro de salud mental comunitaria/utilización. Investigación de servicios de salud. Infancia y adolescencia.

Abstract

Objectives: To assess possible variability in the therapeutic approaches provided to patients aged less than 18 years old in community mental health centres (CMHC) in terms of the number of visits and length of treatment.

Method: An observational, analytical, prospective, longitudinal study was performed in a clinical cohort of 298 subjects attending the CMHC of Leganés and Fuenlabrada (Madrid) for the first time.

Results: The median number of visits per patient was six in Leganés and three in Fuenlabrada ($p < 0.001$). The mean length of treatment was more than twice as long in Leganés (276 days) than in Fuenlabrada (119 days) ($p < 0.001$). Stratified analysis showed that the treatments provided in Fuenlabrada involved fewer visits, irrespective of the health professional in charge (psychiatrist or psychologist), the treatment modality prescribed (individual psychotherapy, other psychotherapies or no explicit treatment prescribed), or whether the patient abandoned treatment or the discharge was agreed. Similar results were found for the length of treatment.

Conclusions: The different clinical styles illustrate the difficulty of developing useful risk adjustment systems in mental health. The differences in resource consumption and costs cannot easily be attributed to patient-related variables, but are due rather to the intervention provided, which depends on the staff.

Key words: Community mental health services utilization. Health services research. Child and adolescent.

Correspondencia: Carlos González.
Instituto Psiquiátrico José Germain.
Luna, 1. 28911 Leganés. Madrid. España.
Correo electrónico: cgonzalez.ipjg@salud.madrid.org

Recibido: 7 de julio de 2004.

Aceptado: 31 de agosto de 2005.

Introducción

La discapacidad que provocan los trastornos mentales en niños y adolescentes es muy elevada. Se estima que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un significativo desajuste como consecuencia de ello¹⁻⁴. En la década de

los noventa se plantea la necesidad de trabajar en el campo de la psiquiatría infantil como área individualizada, debido a la especificidad del conocimiento acumulado en las décadas previas⁵, mientras que son necesarios estudios que integren el conocimiento basado en la investigación sobre la eficacia de los tratamientos y lo que realmente ofertan los servicios asistenciales⁶. A pesar del importante desarrollo en los servicios de salud mental para niños y adolescentes y de su incorporación a las prestaciones sanitarias, varios estudios señalan que la provisión de atención a la salud para niños con trastornos psiquiátricos es inadecuada y a muchas familias no se les ofrece un diagnóstico exacto hasta años después⁷⁻⁹.

La psicoterapia, en sus diferentes modalidades, es el abordaje terapéutico más empleado¹⁰, aunque en los últimos años ha aumentado considerablemente la prescripción de tratamiento psicofarmacológico en niños y adolescentes, a pesar de la falta de estudios de seguridad a largo plazo de algunos de los agentes utilizados^{2,11} y de que la práctica de la psicoterapia se considera un tratamiento coste-efectivo¹². Son numerosos los estudios que demuestran la efectividad de la psicoterapia, aunque para identificar los factores terapéuticos y las condiciones ideales de aplicación —frecuencia de las sesiones, intensidad y duración del tratamiento— es necesario continuar investigando¹³⁻¹⁵. Uno de los temas más controvertidos actualmente se refiere a la posible relación entre la cantidad de tratamiento psicoterapéutico suministrado y la mejoría clínica¹⁶. Algunos autores consideran que hay un número mínimo de sesiones de tratamiento necesario para producir cambios¹⁷, mientras otros no han encontrado un efecto dosis-respuesta en la psicoterapia con niños y adolescentes¹⁸⁻²⁰, y otros incluso encontraron una asociación negativa²¹.

En esta línea de trabajo, la relacionada con la cantidad de recursos empleados en la atención ambulatoria de niños y adolescentes en los servicios de salud mental, surge la necesidad de explicar qué influye en la decisión de prolongar más o menos los tratamientos y por qué distintos profesionales realizan tratamientos diferentes en duración o intensidad. El concepto de variaciones en la práctica médica se refiere a la variabilidad en la prestación de servicios sanitarios, como, entre otros aspectos, los tratamientos empleados y su duración²². Las diferentes respuestas asistenciales, así como las listas de espera diferentes entre centros para problemas aparentemente similares, pueden ser debidas a factores externos a los recursos asistenciales relacionados con las características de la población, la oferta de servicios o a los diferentes estilos de práctica clínica de los facultativos. El objetivo de este estudio es describir la variabilidad en las respuestas asistenciales a los menores de 18 años en los Centros de Salud Mental (CSM) de Leganés y Fuenlabrada, medida por

el número de consultas y el tiempo de duración de los tratamientos realizados a cada paciente nuevo en los primeros 2 años de intervención.

Método

Se realizó un estudio observacional, de seguimiento de una cohorte clínica de menores de 18 años que consultaron por primera vez en los CSM de Leganés y Fuenlabrada (Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, Área Sanitaria 9 de la Comunidad de Madrid) entre julio de 1997 y junio de 1999. Estos dos centros prestan asistencia a los problemas de salud mental de sus municipios de referencia, situados en el sureste de Madrid, con 174.593 y 174.161 habitantes, respectivamente, de los que 27.443 y 40.065, respectivamente, son menores de 18 años (censo de 1996); la distribución por tramos de edad de las dos poblaciones es prácticamente idéntica. Los centros constituyen el único recurso público disponible en la zona. El equipo de salud mental infanto-juvenil de Leganés estaba constituido en el momento del estudio por 2 psiquiatras y 3 psicólogos, y el de Fuenlabrada por 1 psiquiatra y 3 psicólogos (de modo eventual forman parte de los equipos uno o varios especialistas en formación, de psiquiatría y psicología clínica, que asisten como observadores o realizan intervenciones terapéuticas con supervisión, pero nunca son responsables de un caso).

Se seleccionaron dos muestras de 149 pacientes por muestreo aleatorio simple entre los casos nuevos atendidos en el período de inclusión. Este tamaño permite, con un error alfa de 0,05 y una potencia de 0,80, estimar diferencias en el número de consultas con una precisión de $\pm 2,3$. Se eligió un tiempo de seguimiento de 2 años porque en ese lapso se da de alta al 60-70% de los pacientes. La información se extrajo de las historias clínicas, completándola con la disponible en la base de datos del sistema de información asistencial. El seguimiento finalizó, para los últimos casos incluidos, en junio de 2001.

Como medidas de resultado se utilizaron el número de consultas (número de entrevistas clínicas del paciente y/o sus padres o familiares con un terapeuta desde el primer día que acude al CSM hasta que es dado de alta o termina el período de seguimiento) y la duración de la intervención (tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta el alta o la finalización del período de seguimiento). Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y relativos a la intervención. En el análisis estadístico se comparan los resultados para los 2 grupos de estas variables categóricas mediante la prueba de la χ^2 . Se realizó un análisis univariado del número de consultas y de la duración del tratamiento. Se presentan las medianas de cada categoría y se re-

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas

	Total (%)	Leganés	Fuenlabrada	Comparación
Edad (años)				
Media	10,68	11,02	10,34	p = 0,156
Desviación típica	4,17	4,24	4,07	
Sexo				
Mujer	133 (44,6%)	66 (44,3%)	67 (45,0%)	p = 0,907
Varón	165 (55,4%)	83 (55,7%)	82 (55,0%)	
Convivencia				
Con los padres (biológicos o adoptivos)	240 (80,5%)	123 (82,6%)	117 (78,5%)	p = 0,359
Sólo con uno de los padres	52 (17,4%)	22 (14,8%)	30 (20,1%)	
Con otros familiares o en una institución	6 (2,0%)	4 (2,7%)	2 (1,3%)	
Padres separados o divorciados				
Sí	48 (18,3%)	22 (15,8%)	26 (21,1%)	p = 0,267
No	214 (81,7%)	117 (84,2%)	97 (78,9%)	
Número de hermanos				
1	56 (20,2%)	32 (21,8%)	24 (21,8%)	p = 0,700
2	143 (51,6%)	78 (53,1%)	65 (50,0%)	
3	52 (18,8%)	24 (16,3%)	28 (21,5%)	
4	20 (7,2%)	9 (6,1%)	11 (8,5%)	
5	5 (1,8%)	3 (2,0%)	2 (1,5%)	
6	1 (0,4%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	
Lugar en la fratría				
Primero en la fratría	158 (57,0%)	89 (60,5%)	69 (53,1%)	p = 0,210
Otro lugar	119 (43,0%)	58 (39,5%)	61 (46,9%)	
Escolarización				
Escolarizado de acuerdo con su edad	266 (89,6%)	133 (89,9%)	133 (89,3%)	p = 0,116
Sin escolarizar o abandono	12 (4,0%)	3 (2,0%)	9 (6,0%)	
Escolarizado pero retrasado en el curso	19 (6,4%)	12 (8,1%)	7 (4,7%)	
Realiza algún trabajo				
Sí	5 (1,7%)	0 (0,0%)	5 (3,4%)	p = 0,024
No	293 (98,3%)	149 (100%)	144 (96,6%)	
País de origen de los padres				
España	250 (95,8%)	131 (95,6%)	119 (96,0%)	p = 0,889
Otro	11 (4,2%)	6 (4,4%)	5 (4,0%)	

(Continúa)

lizan comparaciones mediante el test de Mann-Whitney, por presentar ambas variables una distribución no normal, tal como era previsible.

Resultados

Entre las características sociodemográficas y clínicas de la muestra (tabla 1) destaca una edad media de 10,7 años (desviación típica [dt] = 4,2); el 44,6% de los pacientes estudiados eran mujeres. El 4% de los sujetos no estaba escolarizado. Solamente 5 pacientes no eran de origen español (1,9%) y 2 no tenían el español como lengua materna (0,8%). El 27% tenía un familiar de primer grado que ya había tenido contactos con atención especializada en salud mental. Los diagnósticos más frecuentes fueron los agrupados en

«otros trastornos peculiares de la infancia». El 1,3% de los pacientes fue diagnosticado de psicosis. Al comparar la distribución de estas variables en los 2 centros estudiados, se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los antecedentes familiares de enfermedad mental y en la situación laboral.

En relación con las características de la atención recibida (tabla 2), el 40% de los pacientes abandonó el seguimiento, mientras que el 37% recibió un alta concertada. El responsable del tratamiento fue un psicólogo en el 67% de los casos y un psiquiatra en el 32%. La mayor parte de los pacientes no recibió tratamiento farmacológico (un 89%), y el 26% recibió terapia individual. Más de la mitad de los pacientes acudió a todas las citas programadas (un 53%) y sólo el 17% faltó a más de una cita. El número medio de consultas por paciente fue de 8,05 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 6,85-9,26) y el 50% de los pacientes realizó 5 o menos

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas (Continuación)

	Total (%)	Leganés	Fuenlabrada	Comparación
País de origen del paciente				
España	257 (98,1%)	135 (98,5%)	122 (97,6%)	p = 0,579
Otro	5 (1,9%)	2 (1,5%)	3 (2,4%)	
Lengua materna				
Español	260 (99,2%)	136 (99,3%)	124 (99,2%)	p = 0,948
Otra	2 (0,8%)	1 (0,7%)	1 (0,8%)	
Familiar de primer grado con enfermedad mental				
Padre	16 (6,2%)	9 (6,5%)	7 (5,8%)	p = 0,014
Madre	24 (9,3%)	17 (12,3%)	7 (5,8%)	
Hermanos	13 (5,0%)	10 (7,2%)	10 (2,5%)	
Varios familiares	17 (6,6%)	13 (9,4%)	4 (3,3%)	
Ninguno	189 (73,0%)	89 (64,5%)	100 (82,6%)	
Enfermedad crónica o discapacidad ^a				
Sí	27 (10,2%)	11 (7,8%)	16 (12,8%)	p = 0,178
No	239 (89,8%)	130 (92,2%)	109 (87,2%)	
Fallecimientos en la familia				
Sí	288 (96,6%)	5 (3,6%)	5 (4,0%)	p = 0,873
No	10 (3,4%)	133 (96,4%)	120 (96,0%)	
Grupo diagnóstico				
Trastornos afectivos	28 (9,4%)	13 (8,7%)	15 (10,1%)	p = 0,181
Psicosis	4 (1,3%)	1 (0,7%)	3 (2,0%)	
Trastornos de alimentación	15 (5,0%)	5 (3,4%)	10 (6,7%)	
Trastornos de eliminación	16 (5,4%)	7 (4,7%)	9 (6,0%)	
Trastornos adaptativos	51 (17,1%)	25 (16,8%)	26 (17,4%)	
Trastornos de ansiedad	17 (5,7%)	10 (6,7%)	7 (4,7%)	
Otros trastornos peculiares de la infancia	66 (22,1%)	38 (25,5%)	28 (18,8%)	
Otros	69 (23,2%)	40 (26,8%)	29 (19,5%)	
Sin trastorno mental/sin diagnóstico	32 (10,7%)	10 (6,7%)	22 (14,8%)	

^aExistencia de cualquier problema de salud que requiera o haya requerido tratamiento o atención médica durante más de 1 año, así como la presencia de alguna deficiencia permanente en los órganos de los sentidos o del aparato locomotor.

consultas. Sólo un 25% superó las 10 consultas. Al final del estudio sólo un 11% de los pacientes continuaba en tratamiento. La duración media del tratamiento fue de 265,7 días (IC del 95%, 237,4-254,5) y el 50% de los tratamientos duró 167 días o menos.

El responsable del tratamiento fue el psiquiatra en un 43% de los pacientes de Leganés y en un 21,5% en Fuenlabrada. La variable «residente implicado en el tratamiento» también mostró diferencias estadísticamente significativas (el 2,1% en Leganés frente al 12,4% en Fuenlabrada). La modalidad terapéutica también fue diferente entre centros ($p < 0,001$). En terapia individual el porcentaje de Fuenlabrada es superior (34,9%) al de Leganés (17,8%). La terapia grupal también se indicó con mayor frecuencia en Fuenlabrada (un 9,4%) que en Leganés (un 2,7%), y la mitad de los pacientes atendidos en Leganés (el 52,1%) no tenían indicada ninguna modalidad terapéutica, frente al 34,2% de Fuenlabrada. En cuanto al tipo de alta, la concertada fue mucho más frecuente en Fuenlabrada (49,7%) que en Leganés (24,8%), mientras que a la finalización del

período de seguimiento continúan en tratamiento un 16,8% de los pacientes en Leganés y un 6,7% en Fuenlabrada. El alta por abandono fue más frecuente en Leganés (un 45,0%) que en Fuenlabrada (un 36,2%). La mediana de consultas en Leganés es de 6, mientras que en Fuenlabrada es de 3, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Se aprecia asimismo que la mediana de la duración del tratamiento es más del doble en Leganés (276 días) que en Fuenlabrada (119 días), con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre ambas poblaciones.

En la tabla 3 se muestra el análisis estratificado de la duración del tratamiento y el número de consultas por distrito según las variables relacionadas con el tipo de intervención. Los tratamientos de Fuenlabrada suponen un menor número de consultas, ya sea el profesional responsable psiquiatra (5 frente a 7) o psicólogo (3 frente a 5), se lleve a cabo psicoterapia individual (6 frente a 8) o de otro tipo (10,5 frente a 13,5) o no se indique tratamiento de modo explícito (2 frente a 6), se realice alta concertada (3 frente a 7) o ésta

Tabla 2. Características de la atención recibida

	Total (%)	Leganés (%)	Fuenlabrada (%)	Comparación
Origen de la demanda				
Familia	99 (36,8%)	47 (32,4%)	52 (41,9%)	p = 0,086
Escuela	23 (8,6%)	16 (11,0%)	7 (5,6%)	
Médico	140 (5,2%)	81 (55,9%)	59 (47,6%)	
Otros	7 (2,6%)	1 (0,7%)	6 (4,8%)	
Evaluación urgente				
Sí	22 (7,5%)	10 (6,8%)	12 (8,1%)	p = 0,670
No	273 (92,5%)	137 (92,2%)	136 (91,9%)	
Tipo de alta				
Finalización del período de seguimiento	35 (11,7%)	25 (16,8%)	10 (6,7%)	p < 0,001
Alta concertada (fin del tratamiento)	111 (37,2%)	37 (24,8%)	74 (49,7%)	
Abandono del seguimiento	121 (40,6%)	76 (45,0%)	54 (36,2%)	
Traslado a otro centro o dispositivo	13 (4,4%)	8 (5,4%)	5 (3,4%)	
Otras (cambio de domicilio...)	18 (6,0%)	12 (8,1%)	6 (4,0%)	
Responsable del tratamiento				
Psiquiatra	96 (32,2%)	64 (43,0%)	32 (21,5%)	p < 0,001
Psicólogo	201 (67,4%)	85 (57,0%)	116 (78,5%)	
Tratamiento farmacológico				
Sí	32 (11,3%)	18 (12,7%)	14 (10,0%)	p = 0,479
No	250 (88,7%)	124 (87,3%)	126 (90,0%)	
Modalidad terapéutica				
Terapia individual	78 (26,4%)	26 (17,8%)	52 (34,9%)	p < 0,001
Terapia de grupo	18 (6,1%)	4 (2,7%)	14 (9,4%)	
Otras modalidades	72 (24,4%)	40 (27,4%)	32 (21,5%)	
Ausencia de indicación	127 (43,1%)	76 (52,1%)	51 (34,2%)	
Citas perdidas				
Faltaron a alguna cita	122 (47,1%)	71 (51,1%)	51 (42,5%)	p = 0,168
Ninguna	137 (52,9%)	68 (48,9%)	69 (57,5%)	
N.º de citas perdidas				
Más de una cita	45 (17,4%)	24 (17,3%)	21 (17,5%)	p = 0,961
Una o ninguna	214 (82,6%)	115 (82,7%)	99 (82,5%)	
N.º de consultas				
Media (IC del 95%)	8,1 (6,9-9,3)	9,3 (7,6-11,0)	6,8 (11,0-8,4)	p < 0,001
Mediana	5	6	3	
Duración				
Media (IC del 95%)	265,7 (237,4-293,9)	343,5 (302,1-384,8)	187,9 (153,8-221,9)	p < 0,001
Mediana	167	276	119	

IC: intervalo de confianza.

se produzca por abandono (3 frente a 5). Similares resultados se aprecian para la duración del tratamiento, excepto en el caso de la indicación de psicoterapia individual, para la que no hay diferencias.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran diferencias evidentes en el uso de recursos empleados en el tratamiento de niños y adolescentes de los 2 centros de salud mental considerados. Una limitación de este estudio es que, al no centrarse en el estado clínico de los

pacientes por haberse extraído la información de historias clínicas, no puede descartarse que las diferencias encontradas supongan un distinto estado del paciente en el momento del alta. En todo caso, los datos más importantes en los que se sustenta el estudio (número de consultas, duración del tratamiento, profesional responsable, tipo de alta) son muy fiables a pesar de haberse recogido de manera retrospectiva de registros escritos o informatizados.

Los factores causantes de las variaciones en la práctica clínica relacionados con la población pueden incluir las diferencias de morbilidad y las características sociodemográficas. Asimismo, hay que considerar las expectativas y demandas del paciente o sus familiares,

Tabla 3. Mediana del número de consultas y la duración del tratamiento por parte del responsable del tratamiento, según la modalidad terapéutica y el tipo de alta

	N.º de consultas			Duración		
	Leganés	Fuenlabrada	Comparación	Leganés	Fuenlabrada	Comparación
Responsable del tratamiento						
Psiquiatra	7	5	p = 0,028	302	219	p = 0,015
Psicólogo	5	3	p < 0,001	276	100	p < 0,001
Modalidad terapéutica						
Terapia individual	8	6	p = 0,028	228	232	p = 0,471
Terapia de grupo	13,5	10,5	p = 0,721	448	266	p = 0,574
Otras modalidades	5,5	5	p = 0,008	302,5	230	p = 0,009
Ausencia de indicación	6	2	p < 0,001	329	31,5	p < 0,001
Tipo de alta						
Finalización del período de seguimiento	19	14	p = 0,397	731	731	
Alta concertada (fin del tratamiento)	7	3	p < 0,001	309	119,5	p < 0,001
Abandono del seguimiento	5	3	p = 0,028	163	88	p = 0,011
Otras	5,5	4	p = 0,451	260,5	61	p = 0,044

que pueden ser diferentes en función no tanto de la gravedad como de la presentación clínica; los pacientes con síntomas que interfieren con su entorno requieren un mayor empleo de recursos²³.

Ambas muestras están extraídas de dos poblaciones, Leganés y Fuenlabrada, que comparten sustrato socioeconómico y cultural. Además, a la vista de los resultados (tabla 1), pueden considerarse homogéneas y equiparables, pues no se observan diferencias entre centros para la mayor parte de variables analizadas. Las dos muestras también son semejantes respecto al origen de la demanda, el tipo de evaluación o el diagnóstico.

Por otro lado, la oferta de servicios y su organización son equiparables, al tratarse de dos centros que forman parte de la misma institución. A pesar de ello, y debido a la indefinición de las patologías o situaciones en que debe prestarse la asistencia en atención primaria o especializada, queda a la discreción del facultativo iniciar el tratamiento o devolver al nivel de atención primaria los casos que se encuentren en el límite. En este momento del proceso asistencial el profesional puede verse influido en su decisión por factores externos, como la lista de espera (que varía entre 20 y 55 días, pero es similar en ambos centros) o por la presión asistencial en forma de número de pacientes valorados por vez primera (un 65% superior en Fuenlabrada de media en el período estudiado)²⁴. El distrito de Fuenlabrada emplea un número de consultas y un tiempo de tratamiento ostensiblemente menores que el de Leganés para dar por finalizado un tratamiento. Estas diferencias, vista la homogeneidad de las dos muestras, no parecen deberse a un distinto perfil clínico o sociodemográfico de los pacientes, así como tam-

poco podrían atribuirse a una oferta de servicios distinta. La diferente presión asistencial señalada anteriormente (lista de espera y número de pacientes nuevos) es una posible explicación de por qué en Fuenlabrada es menor la duración del tratamiento.

Otro factor que cabe considerar sería el modo distinto de entender el encuadre terapéutico. Los profesionales de uno de los centros tenderían a ser más estrictos a la hora de definir cuándo un tratamiento llega a su fin, mientras que los del otro mantendrían un encuadre más laxo en el que el terapeuta no tomaría un papel tan activo a la hora de decidir el momento del alta. Esta afirmación se basa en el hecho de que en Fuenlabrada se realiza una indicación explícita de tratamiento en el 65,8% de los casos, mientras que en Leganés esto ocurre sólo en el 47,9%. Por un lado, la indicación de tratamiento se relacionaría con la delimitación de objetivos terapéuticos o la focalización del problema, que llevaría a tratamientos más cortos y con un menor número de abandonos, sin considerar los casos en que no hay indicación de tratamiento porque ha sido posible el alta inmediata. Por otro lado, el propio encuadre concreto facilita decidir el momento del alta. Los diferentes encuadres terapéuticos de ambos centros podrían explicar la mayor duración de los tratamientos en Leganés. La mediana de las consultas recibidas por los pacientes con alta concertada (el 24,8% en Leganés frente al 49,7% en Fuenlabrada) es de 7 en Leganés y 3 en Fuenlabrada, y la mediana de la duración es de 309 y 119,5 días, respectivamente; es decir, en los casos en que el profesional tiene el máximo control sobre la finalización del proceso terapéutico, la decisión de terminarlo se toma mucho antes en un centro que en otro. No es posible afirmar cuál es la manera más apropiada-

da de emplear los recursos. Las investigaciones realizadas hasta la fecha aportan resultados contradictorios sobre las ventajas de los tratamientos más prolongados^{3,4,16-18,25,26}, aunque parece ser mayor la evidencia en contra de que «más es mejor». Lo importante es que el proceso terapéutico esté diseñado para transcurrir en más o en menos sesiones.

Por otro lado, los pacientes que abandonan (el 45,0% en Leganés frente al 36,2% en Fuenlabrada) también necesitan más consultas y más tiempo en el caso de Leganés (medianas, 5 consultas y 163 días en Leganés y 3 consultas y 88 días en Fuenlabrada). La influencia de la presión asistencial y la existencia de la lista de espera pueden repercutir también en el momento de decidir la finalización del tratamiento, y tener más peso en la decisión que esperar a tener más garantías de que la mejoría es estable.

Parece claro que la influencia en la duración del tratamiento del tipo de profesional responsable del caso, más breve en el caso de los psicólogos, se mantiene en los 2 centros por igual (tabla 3). La diferencia entre psiquiatra y psicólogo es mucho más acentuada en Fuenlabrada porque, al disponer el equipo de un solo psiquiatra, es posible que éste asumiera en mayor medida los casos más graves. Aunque los datos recogidos indican una mayor implicación de los residentes en Fuenlabrada, a los autores les consta que en Leganés asisten con más frecuencia a las consultas los facultativos en formación y en Fuenlabrada su acceso es mucho más restringido. Esta discrepancia se explica por la falta de participación de los residentes de Leganés en la elaboración de las historias clínicas. Esta mayor presencia de facultativos en formación podría influir en la mayor duración de los tratamientos en ese distrito, lo que coincide con los hallazgos de otros estudios^{27,28}.

Al comparar las medianas del número de consultas en cada distrito según el tipo de indicación explícita de tratamiento, Leganés realiza tratamientos más largos, sea cual sea la indicación (tabla 3). Es especialmente llamativa la diferencia en el caso de los pacientes sin indicación de tratamiento (6 consultas en Leganés y 2 en Fuenlabrada). Esto parece indicar que en este último centro la ausencia de indicación se relaciona con intervenciones muy breves, mientras que en Leganés ocurre lo contrario.

Estas diferencias de estilos de práctica clínica, presentes incluso en dos centros tan cercanos y afines, pueden ilustrar las dificultades para desarrollar un sistema de ajustes de riesgos útil en salud mental, puesto que las diferencias en utilización de recursos, y por tanto en costes, no son fácilmente atribuibles a variables relacionadas con el paciente, sino que más bien se deben al tipo de intervención prestada, que depende, en último extremo, de la discrecionalidad del facultativo. Es precisamente la incertidumbre, es decir,

la escasa evidencia disponible, lo que impide realizar intervenciones más homogéneas. A pesar del menor consumo de recursos de un estilo terapéutico frente a otro, el gestor aún no dispone de suficientes argumentos para protocolizar el empleo del abordaje probablemente más eficiente.

Bibliografía

1. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Mental health: a report of the surgeon general. Rockville: National Institute of Mental Health; 1999.
2. Zito JM, Safer DJ, DosReis S, Gardner JF, Magder L, Soeken K, et al. Psychotropic practice patterns for youth: a 10-year Perspective. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157:17-25.
3. Juszczak L, Melinkovich P, Kaplan D. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. J Adolesc Health. 2003;32S:108-18.
4. Weller W, Minkovitz C, Anderson G. Utilization of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data). Pediatrics. 2003;102:593-603.
5. Mayes LC. Addressing mental health needs of infants and young children. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am. 1999;8: 209-24.
6. Glisson C. The organizational context of children's mental health services. Clin Child Fam Psychol Rev. 2002;5:233-53.
7. Evans S, Brown R. Perception of need for child psychiatry services among parents and general practitioners. Health Trends. 1993;25:53-6.
8. Semansky RM, Koyanagi C. Accessing Medicaid's child mental health services: the experience of parents in two states. Psychiatr Serv. 2003;54:475-6.
9. Grant NR, Offord DR, Blum HM. Ontario Child Health Study. Implications for clinical services, research and training. Can J Psychiatry. 1989;34:492-9.
10. Gutiérrez Casares JR, Rey Sánchez F. Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes. Madrid: SmithKline Beecham; 2000.
11. Jensen PS, Bhatara VS, Vitiello B, Hoagwood K, Feil M, Burke LB. Psychoactive medication prescribing practices for US children: gaps between research and clinical practice. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38:557-65.
12. Lazar SG, Gabbard GO. The cost-effectiveness of psychotherapy. J Psychother Pract Res. 1997;6:307-14.
13. Lonigan C, Elbert J, Johnson SB. Empirically supported psychosocial interventions for children: an overview. J Clin Child Psychol. 1998;27:138-45.
14. Ritvo RZ, Papilsky SB. Effectiveness of Psychotherapy. Curr Opin Pediatr. 1999;11:323-32.
15. Remschmidt H. Evidence concerning the effectiveness of psychotherapies with children and adolescents. Curr Opin Psychiatry. 2003;16:389-93.
16. Armbruster P, Lichtman J. Are school based mental health services effective? Evidence from 36 inner city schools. Community Ment Health J. 1999;35:493-504.
17. Angold A, Costello EJ, Burns BJ, Erkanli A, Farmer E. Effectiveness of non-residential specialty mental health services for children and adolescents in the «real world». J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:154-60.

18. Andrade AR, Lambert EW, Bickman L. Dose effect in child psychotherapy: Outcomes associated with negligible treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:161-8.
19. Salzer MS, Bickman L, Lambert EW. Dose-effect relationship in children's psychotherapy services. *J Consult Clin Psychol*. 1999;66:270-90.
20. Bickman L, Andrade AR, Lambert EW. Dose response in child and adolescent mental health services. *Ment Health Serv Res*. 2002;4:57-70.
21. Schneider BH, Byrne BM. Children's social skills training: a meta-analysis. En: Schneider BH, Rubin KR, Ledingham JE, editors. *Children's peer relations: issues in assessment and intervention*. New York: Springer; 1985.
22. Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, Meneu de Guíllerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:382-90.
23. Wu P, Hoven CW, Bird HR, Moore RE, Cohen P, Alegría M, et al. Depressive and disruptive disorders and mental health services utilization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1081-90.
24. Instituto Psiquiátrico José Germain. Memoria 1999. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2000.
25. Hoagwood K. Commentary: The dose effect in children's mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:172-5.
26. Petti T. Commentary: More outcomes studies are needed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:169-71.
27. Garver AM, Fuchs VR, Silverman JF. Case mix costs and outcomes. Differences between faculty and community services in a university hospital. *N Engl J Med*. 1984;310:1231-7.
28. Custer WS, Wilke RJ. Teaching hospital costs: the effects of medical staff characteristics. *Health Serv Res*. 1991;25:831-58.